



## SUBSTABELECIMENTO SEM RESERVA DE PODERES

**RODOLFO BENTO DA ROCHA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 23.237 e FABRIZIO NEGREIROS DE AZEVEDO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 35.011, ambos com endereço profissional na Av. Santos Dumont 1740, Loja 01, Aldeota, Fortaleza/CE, CEP 60.150-160, patronos do requerente, SUBSTABELECEM SEM RESERVA DE PODERES, na pessoa da DRA. FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 35.010, com escritório profissional à Rua Francisco Segundo da Costa nº 107, sala 08, Edson Queiroz, Fortaleza/CE, CEP 60.811-650, os poderes passados por HILDO JOÃO DE ARAUJO, inscrito no CPF sob o nº 052.441.693-19, através de Instrumento Procuratório.**

Fortaleza/CE, 18 de Maio de 2018.

  
**FABRIZIO NEGREIROS DE AZEVEDO**

ADVOGADO

OAB/CE 35.011

  
**RODOLFO BENTO DA ROCHA**

ADVOGADO

OAB/CE 23.237

**PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA**

**OUTORGANTE:**

|                                      |                                        |                                               |                          |
|--------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------|
| Nome:<br><i>Hildo João de Araújo</i> |                                        | Nacionalidade:<br><i>Brasileiro</i>           |                          |
| Estado Civil:<br><i>Solteiro</i>     | Profissão:<br><i>Agricultor</i>        | Carteira de Identidade:<br><i>20072841286</i> |                          |
| CPF n°:<br><i>052.441.693-19</i>     | Residência:<br><i>St. Inhamim, S/N</i> |                                               |                          |
| Bairro:<br><i>Sul</i>                | Cidade:<br><i>Viçosa do Ceará</i>      | Estado:<br><i>CE</i>                          | CEP:<br><i>62300-000</i> |

por este instrumento nomeio e constituo meu bastante procurador **RODOLFO BENTO DA ROCHA**, brasileiro, solteiro, advogado, RG 2024114 SSP/PI, CPF 013.970.053-60, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 23.237 e **FABRIZIO NEGREIROS DE AZEVEDO**, brasileiro, solteiro, advogado, portador do RG de nº 97028055953 SSP/CE, CPF nº 010.324.993-11, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 35.011, ambos com escritório profissional no seguinte endereço: Av. Santos Dumont, 1740 – Loja 01 – Aldeota - Fortaleza/Ceará - CEP 60.150-160, onde recebe intimações, a quem concede poderes com cláusula **AD JUDICIA** e **EXTRA JUDICIA** para o foro em geral, conforme estabelecido no Art. 38 do Código de Processo Civil pátrio acompanhando-as e especialmente para onde esta se apresentar para defender os direitos do outorgante em qualquer ação em que o este seja autor ou réu, ou reclamar, defender direitos, podendo interpor todos os recursos permitidos, até final sentença, fazer e assinar requerimentos, apresentar documentos e testemunhas, produzir provas e justificações, transigir, desistir, firmar compromissos, acordo, renunciar direitos, receber e **dar quitação**, passar recibos, representar a outorgante em instituições públicas e privadas, bem como repartições públicas, seja Federal, Estadual ou Municipal, autarquias e fundações, podendo, ainda representar o outorgante em licitações, adjudicar bens, assinar contratos, homologar acordos, e tudo o mais, inclusive substabelecer a presente procuração com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza-CE, 12 de Setembro de 2016

*Hildo João de Araújo*

**OUTORGANTE**

Obs.:

**DECLARAÇÃO****OUTORGANTE:**

|                                      |                                         |                                                |                           |
|--------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------|
| Nome:<br><i>Hildo João de Araújo</i> |                                         | Nacionalidade:<br><i>Brasileiro</i>            |                           |
| Estado Civil:<br><i>Solteiro</i>     | Profissão:<br><i>Agricultor</i>         | Carteira de Identidade:<br><i>2007 2841286</i> |                           |
| CPF n°:<br><i>052.441.693-19</i>     | Residência:<br><i>St. Inharrim, S/M</i> |                                                |                           |
| Bairro:<br><i>Sul</i>                | Cidade:<br><i>Vitoriosa do Ceará</i>    | Estado:<br><i>CE</i>                           | CEP:<br><i>62.300-000</i> |

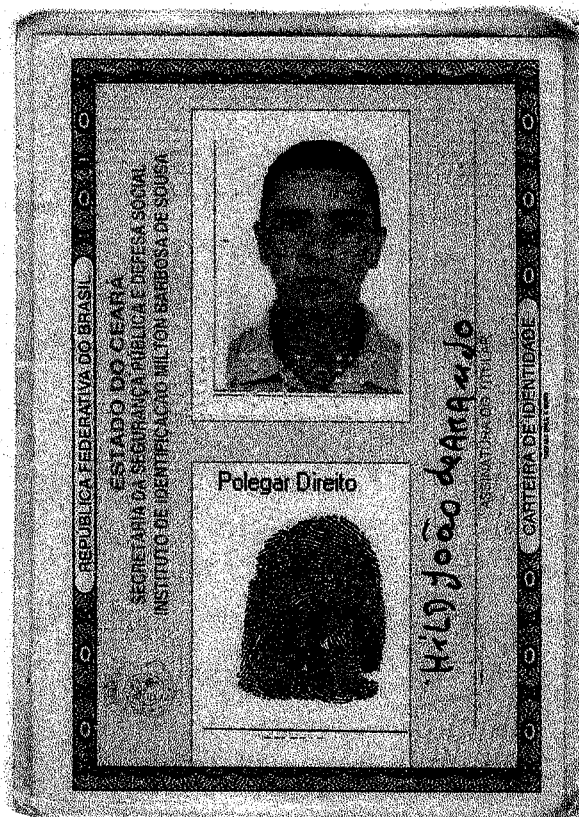
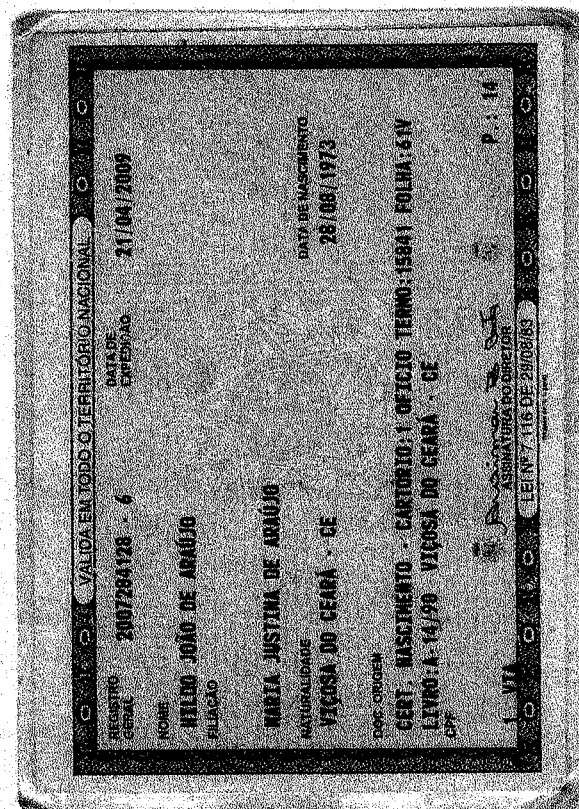
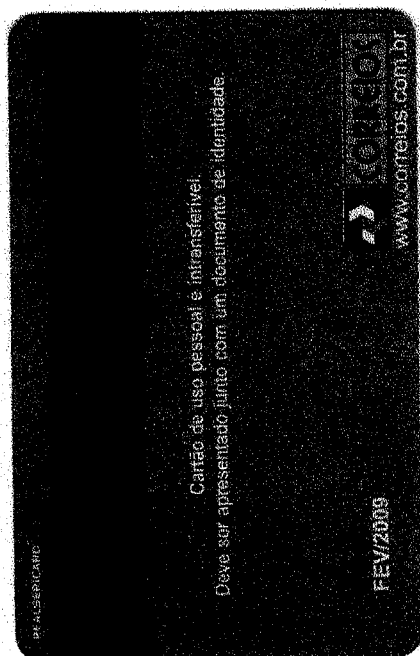
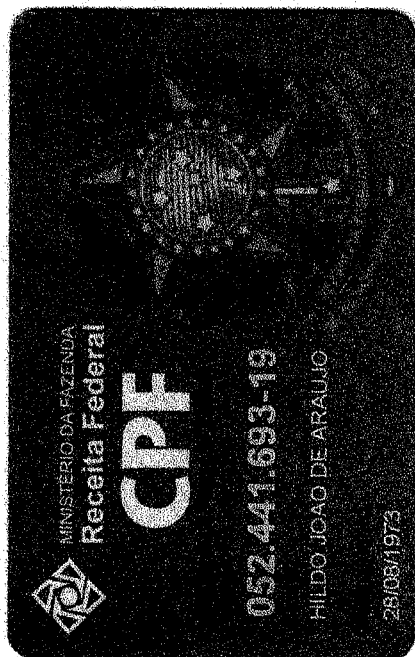
em conformidade com o Art. 4º da Lei 1.060 de 05/02/1950 e o Art. 5º, LXXIV da Constituição Federal,

**DECLARO SER POBRE DA FORMA DA LEI**, não podendo arcar com taxas, emolumentos, depósitos judiciais, custas, honorários advocatícios ou outras cobranças de qualquer tipo ou natureza sem prejuízo de meu sustento e de minha família.

*Por ser expressão da verdade, firmo a presente.*

Fortaleza-CE, 12 de Setembro de 2016.

*Hildo João de Araújo*





**3567056-8**

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135 040 Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

**coelce**

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B - SÉRIE B - L - N° 427775643

Rota 33 31144 11 055000 - 3 Data de Emissão 15/04/2016

Nome MANOEL JOAO DE ARAUJO

End. Postal VL INHA PTN 00001

SUL - V A CEXRA - 62300000

Medidor 23360409

Classe 04-RURAL MONOFASICO

Poste 0000 A59S

RG / CPF / CNPJ 935061553-34 Fator de Potência 0,00

Nome do Responsável CGF

**ÍNDICE DE QUALIDADE DE FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto TIANGUA

Mês Fev/2016

DICI = 0,00 p

EURO 8,82

| Padrão Individual |       |       | Apuração Individual |       |       |
|-------------------|-------|-------|---------------------|-------|-------|
| Mensal            | Trim. | Anual | Mensal              | Trim. | Anual |
| 5,31              | 10,62 | 21,25 | 6,39                | 0,00  | 0,00  |
| 0,36              | 6,72  | 13,45 | 1,00                | 0,00  | 0,00  |
| DMIC 3,03         |       |       | 6,39                |       |       |

**ÍNDICE DE QUALIDADE DE FORNECIMENTO**

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto

ISENTO

A945.E614.EB4D.D1A8.00B9.24E6.B3D0.3C8F

**ÍNDICE DE QUALIDADE DE FORNECIMENTO**

| Leit. Atual | Leit. Anterior | Const. | Consumo (kWh) | Cons. Incl. | Cons. Fat. | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-------------|----------------|--------|---------------|-------------|------------|------------------|-------------|
| 6558        | 6475           | 1,00   | 83            | 0,00        | 63         | 0,31869          | 20,45       |
| 15/04/16    | 16/03/16       |        | 30 DIAS       |             | 83         |                  | 26,45       |

**VALOR CONSUMO DO MES**

MULTA MORATORIA REF 01/2016 26,45

INDENIZACAO MENSAL DMIC 0,49

-0,61

**VENCIMENTO 17/05/2016**

**TOTAL A PAGAR (R\$) 26,33**

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

|                            |              |
|----------------------------|--------------|
| Energia                    | 16,99        |
| Transmissão                | 0,36         |
| Distribuição               | 6,60         |
| Encargos Setoriais         | 0,95         |
| Tributos (ICMS PIS/COFINS) | 1,53         |
| <b>TOTAL</b>               | <b>26,45</b> |

**HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh) - Últimos 12 meses**

| MED | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Sep | Out | Nov | Dez | Jan | Fev | Mar |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|     | 68  | 83  | 67  | 65  | 69  | 53  | 70  | 71  | 61  | 71  | 65  | 72  |

**CONSIDERAÇÕES**

Considere suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecovoto.

Redução kg(CO<sub>2</sub>) 35,87

Compensado kg(CO<sub>2</sub>) 0,00

Consciência Ecológica (%) 0,00

**Informações importantes e avisos de vencimento**

**CONTAS EM ATRASO**

Previsão Aviso

NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

Prezado Cliente, constam em nossos controles conta(s) em atraso. Devido o detalhamento do Débito, o não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento da energia em 15 dias após a entrega desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 c/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

**DEBITOS ANTERIORES**

| Mês/Ano      | Valor R\$    |
|--------------|--------------|
| 11/2008      | 11,95        |
| <b>Total</b> | <b>11,95</b> |

Consta desta fatura R\$ 1,53 referente a PIS e COFINS.

(Art. 9º Par. 1ºº-2005 - ANEEL e Lei n. 10.537/02 e 10.833/03)

Entrada - E-mail da Z... Andamentos Portal de Serviços e SAU Seguradora Líder-DPVAT A...

https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo

Pague Seguro

Como Pagar  
Consulta a Pagamentos Efetuados  
Informações Gerais

Acompanhe o Processo

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

SINISTRO 5180433876 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA HILDO JOAO DE ARAUJO  
**COBERTURA** Invalidez  
**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** ARUANA SEGUROS S/A  
**BENEFICIÁRIO** HILDO JOAO DE ARAUJO  
**CPF/CNPJ:** 05244169319

**Posição em 20-03-2018 16:22:41**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na quantia indicada pelo beneficiário.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 09/08/2016        | R\$ 7.256,25         | R\$ 0,00         | R\$ 7.256,25 |

Histórico das correspondências enviadas

| Data da Carta | Referência                                                    | Ver Carta |
|---------------|---------------------------------------------------------------|-----------|
| 12/08/2016    | Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez |           |
| 20/07/2016    | Aviso de Sinistro                                             |           |

Estado do Ceará, protocolado em 18/05/2018 às 15:13 , sob o número 01333334-61.2018.8.06.0001 e código 369DE4C.

Rio de Janeiro, 11 de Agosto de 2016

Carta nº: 9512335

A/C: HILDO JOAO DE ARAUJO

Sinistro: 3160439876 ASL-0976557/16  
Vítima: HILDO JOAO DE ARAUJO  
Data Acidente: 12/10/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: HILDO JOAO DE ARAUJO

Valor: R\$ 7.256,25

Banco: 237

Agência: 000000727-7

Conta: 0000011722-6

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:

Juros:

Total creditado:

|     |          |
|-----|----------|
| R\$ | 0,00     |
| R\$ | 0,00     |
| R\$ | 7.256,25 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =

|     |          |
|-----|----------|
| R\$ | 4.725,00 |
|-----|----------|

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =

|     |          |
|-----|----------|
| R\$ | 2.531,25 |
|-----|----------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

fls. 13

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 176 / 2016

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 28/01/2016 09:30:59

Data / Hora da Ocorrência : 12/10/2015 08:00:00

Endereço da Ocorrência: SIT INHARIM

INHARIM VICOSA DO CEARÁ /CE

Ponto de Referência:

*Histórico*

AFIRMA O NOTICIANTE QUE NO LOCAL E DATA SUPRACITADOS, CONDUZIA O VEÍCULO HONDA/CB 150 TITAN ES, ANO 2007, COR AZUL, PLACA HXV 2894, CHASSI 9C2KC08507R081042, DE PROPRIEDADE DE ANTONIO CARLOS DE ARAUJO, ENVOLVEU-SE EM ACIDENTE DE TRANSITO, QUANDO FOI SURPREENDIDO E ABALROADO POR UM VEÍCULO ESTRADA, DE PLACA E CONDUTOR NÃO INFORMADO, QUE COLIDIU CONTRA O NOTICIANTE, QUE SOCORREU O NOTICIANTE LEVANDO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE VICOSA-CE, FICANDO O MESMO COM LESÕES CORPORAIS CONFORME O LAUDO MÉDICO EM ANEXO. ESTE B.O É PARA FINS DPVAT. QUE NADA MAIS DISSE. NEM LHE FOI PERGUNTADO, DANDO-SE ESTE TERMO POR ENCERRADO.

*Notificante(s)*

Nome : HILDO JOAO DE ARAUJO

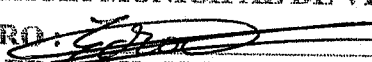
Endereço : SIT INHARIM

Bairro : INHARIM

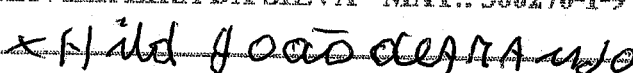
Município/UF : VICOSA DO CEARÁ CE BRASIL

Telefone: 88992279197

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: 

EBSEN XAVIER LIRA DA SILVA - MAT.: 300270-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 

VISTO DO DELEGADO(A):

FRANCISCO MIGUEL DE SALES FILHO - MAT.: 126884-1-5



## DADOS DO PACIENTE

fls. 14

Matrícula... 859358  
Paciente... HILDO JOAO DE ARAUJO  
Sexo... MASCULINO  
Nasc... 28/8/1973  
Mãe... MARIA JUSTINA DE ARAUJO  
Estado Civil... NC  
Situação Civil... SOLTEIRO  
Endereço... INHARIM  
Bairro... ZONA RURAL  
Cidade... VICOSA DO CEARA  
UF... 992996797

CPF... 05244169319  
Idade... 42a 1m 21d  
Cor... PARDA  
CNS... 702601743530043  
Nº...  
CEP... 62300-000  
UF... CE

## DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome...  
Endereço...  
Documento...  
Telefone...

## DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento... 4306972  
Data... 19/10/2015  
Procedimento... 0408050454 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DE OSSOS DO MEDIO-  
Médico... ADRIANO DE ALMADA FERREIRA (RESIDENTE)  
Unidade Int... UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM  
Leito... LEITO 1364 -C.S. SAO JOAQUIM  
Convênio... SUS - SIH  
Plano... 1  
Arteira...  
Guia...

Atendente... PAULO VICTOR  
Hora... 03:16  
Permanência... 3 Dias

PP  
Santa Casa de M. de Sobral  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Andréa R. Montenegro  
COORDENADORA

Assinatura do Paciente ou Responsável

Outras Observações:

1 - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL  
RIV2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação  
Comprovante da Alta Hospitalar do Paciente

Página: 1/1  
Emitido por: RIFARDO  
Em: 31/10/2015 23:45

Atendimento: 4306972 Dt. Atendimento: 19/10/2015 - 03:16  
Data Alta... 31/10/2015 Hora Alta: 23:20  
Paciente... 859358 HILDO JOAO DE ARAUJO

Serviço: 22 TRAUMATO/ORTOPEDIA Convenio: 1 SUS - SIH  
Leito... 178 LEITO 1364 -C.S. SAO J Plano... 1 SUS - SIH

Motivo Alta: 33 TRANSFERIDO PARA OUTRO Usuário: RIFARDO  
CID: S929 FRATURA DO PE NAO ESPECIFICADA

Procedimento de Alta: 40805045 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA

Observação de Alta:  
TRANSFERIDO PARA HOSPITAL DE ORIGEM

^HILDO JOAO DE ARAU...

ID: 859358

Sex: M

Santa Casa de Sobral

2015/10/22

TNT

Ankle-joint



Im : 1/2

W 3067/ C 3310

Zoom: 100%

Santa Casa de M. de Sobral.  
CONFERE COM O ORIGINAL  
*Andréa R. Montenegro*  
Andréa R. Montenegro  
COORDENADORA



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 16

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

253353

2 - CNES

3021114

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

4 - CNES

3021114

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Hildo João de Araújo

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. 1 Fem. 3

10 - RAÇA/COR

ATEN.: 430822 DI. ATEND.: 19/10/2015 - 03:16  
MATER.: 859558 NASCIMENTO.: 28/8/1973

NOME.: HILDO JOAO DE ARAUJO

MAE.: MARIA JUSTINA DE ARAUJO

CPF.: 05244169319 CNES: 702601743530043 SUBFACIL:

ENDER.: INHARIM

BAIRRO: ZONA RURAL - VICOSA DO CEARA

-CE- CEP: 62300000

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

17 - COD. IBGE MUNICIPIO

18 - UF

19 - CEP

## 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente vítima de atropelamento apresentando fratura em braços esquerdos necessitando de abordagem cirúrgica.

## 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

manuseio de cirurgia

Santa Casa de M. de Sobral  
SAME  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Andréia R. Montenegro  
COORDENADORA

## 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Raio-x + exame físico + raio-x

## 23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de maléolo medial esquerda

24 - CID 10 PRINCIPAL 25 - CID 10 SECUND. 26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

5.828

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

## 27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortossintese

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0410810505178

29 - CLÍNICA

01

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

02

31 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

83018336312

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Adriano de Almada Ferreira

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19/10/15

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Adriano de Almada Ferreira

MÉDICO

CRM-CE: 12.320

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE EMPRESA

44 - CBOR

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Jr. José Ronaldo Vasconcelos da Gra.  
Médico Auditor - DEMASUS - Sobral

231015

CRM: 6604

CPF: 404.225.423-34

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS

( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Orlando Araújo Costa  
CRM: 9362 DIRETOR TÉCNICO



SANTA CASA  
DE MISERICÓRDIA  
DE SOBRAL  
ENTIDADE FILANTRÓPICA

# Santa Casa de Misericórdia de Sobral

FILIADA À CONFEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS DO BRASIL  
Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88)3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908  
Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74 - e-mail: [stacasa@sobralnet.com.br](mailto:stacasa@sobralnet.com.br)  
CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0  
Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

fls. 17

## PRONTO-SOCORRO RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

### ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

*Fláudio José de Araújo*

HDA: # Paciente internado dia 12/10/15 vítima de atropelamento apresenta fratura exposta de pilão tibial direito e de tornozelo esquerdo. Realizou estensão com delta em UID e estensão

EXAME FÍSICO: de tornozelo esquerdo. Necessita de um novo procedimento cirúrgico em tornozelo direito, mas devido à gravidade da fratura necessita de transferência para IJF

EXAMES REALIZADOS: (transferência já solicitada).

# exame físico: FOs limpas e secas.

DIAGNÓSTICO: Fratura de pilão tibial direito

CONDUTA: manter antibióticos: Cefepime e Clonamicina

Santa Casa de Misericórdia de Sobral  
CONFIRMAR COM O ORIGINAL  
Andréia R. Montenegro  
COORDENADORA

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: aguardar transferência para IJF

HOSPITAL REFERENCIADO: Hospital de origem

Dra. M. José Zago  
CRM 13.546

SOBRAL, 30 / 10 / 15

MÉDICO:

# PLANO TERAPEUTICO

|          |            |      |        |       |  |
|----------|------------|------|--------|-------|--|
| Nome:    | Vitor / 22 |      |        |       |  |
| Clinica: | S. Maciel  |      |        |       |  |
| Ent:     | —          |      |        |       |  |
| Leito:   | —          |      |        |       |  |
| Matr:    | 0358       | Reg: | 730697 | Peso: |  |
| Altura:  |            |      |        |       |  |

| Data: 17/11/17                                                                                                                                                                            | PRESCRIÇÃO MÉDICA | HORÁRIO                                                                                                                                                                          | OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <p>           1) 1000 L<br/>           2) 5000. 0.000 (P1500)<br/>           3) 10000 1000 (P1000)<br/>           4) 10000 1000 (P1000)<br/>           5) 10000 1000 (P1000)         </p> |                   | <p>           03:16 Realizado com<br/>           Ação de enfermagem<br/>           São 10000. 0.000<br/>           com 10000. 0.000<br/>           com 10000. 0.000         </p> |                          |

[illegible]



SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL  
Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: 3677.1930 - Sobral-CE.

# Boletim de Cirurgia

(Preencher todos os campos após a cirurgia - verso a anverso)

NOME DO PACIENTE:

Mário João de Araújo ASB (I) (U) Ura

DIAGNÓSTICO:

OPERAÇÃO:

Nº DA AIIH

REG: 4306972

CÓDIGO CID

CONVERSÃO CATEGORIA DETALHES

CÓDIGO SSM

CIRURGIA

1. PEQUENA 4. SIMULT.
2. MÉDIA 5. MULT.
3. GRANDE 6. ESPECIAL
7. PRINC. E SECUNDARIA

INÍCIO TÉRMINO DURAÇÃO

DIA MÊS ANO DIA ÚTIL

19 10 15

☒ Sim  
☐ Não

65 MEDICAMENTOS DE SALA

TIPO DOSAG. QUANT. VIA

TIPO

CALIBRE (espessura)

QUANT.

MATERIAL DE SALA

61

Santa Casa de Misericórdia de Sobral  
COPIA COM ORIGINAL  
Andreia R. Montenegro  
COORDENADORA

Previsão para Duração 16h

Ass. de Enfermeira  
Ass. do Cirurgião

74 OXIGÊNIO

INÍCIO HORAS TÉRMINO HORAS TOTAL DE HORAS

Ass. do Cirurgião





SANTA CASA  
DE MISERICÓRDIA  
DE SOBRAL

# REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIAL

fls. 20

Aten: 4301270 Dt. Atende: 12/10/2015 - 15:37  
Reg.: 4301270 Dt. Nasco: 28/08/1973  
Nome: HILDO JOAO DE ARAUJO  
End.: INARIM  
CNA RURAL: VICOSA DO CEARA-CE; CEP: 62300000

RX  
MMI

ATENDIMENTO: ADULTO ☒

PEDIÁTRICO ☐

CIRÚRGICO ☒

## ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Ameaça

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: \_\_\_\_\_

## PROCEDÊNCIA:

☐ PROCUROU PSF: SIM ☐

CAUSAS:

- ☐ ENCAMINHADO  
☐ NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA  
☐ NÃO TINHA MÉDICO  
☐ POSTO ESTAVA FECHADO  
☐ NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

NÃO ☐

CAUSAS:

- ☐ NÃO É EFICIENTE  
☐ É LONGE DE CASA  
☐ NUNCA TEM MÉDICO  
☐ TEM PLANO DE SAÚDE  
☐ SAMU  
☐ CARRO  
☐ DEAMBULANDO  
☒ OUTRAS AMBULANCIAS  
☐ MOTO, BICICLETA...

☒ TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:

☐ UBS

Santa Casa de Misericórdia de Sobral  
COPIA COM ORIGINAL  
TÍTULO DE COORDENADORA GRC

## HDA DO ACOLHIMENTO:

Paciente vítima de acidente no ciclismo, o qual apresentou lesão em ombros MMII com exposição óssea.

PA: 120 / 80 PULSO: 80 FR: 28 TEMP.: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

## TIPO DE ACIDENTE:

- ☐ Acidente c/ objetos corto-contusos ☐ Acidente por arma de fogo ☐ Afogamento  
☐ Choque elétrico ☐ Queda. De onde? \_\_\_\_\_  
☐ Ingestão accidental: ☐ Corpo estranho ☐ Produto químicos farmacêuticos  
☐ Queimaduras: ☐ 1º Grau ☐ 2º Grau ☐ 3º Grau Por: ☐ Água ☐ Óleo ☐ Álcool ☐ Elétrico  
☐ Atropelamento: ☐ Carro ☐ Moto ☐ Bicicleta ☐ Outros  
☐ Carro ☐ com cinto ☐ sem cinto ☐ Moto: ☐ com capacete ☐ sem capacete  
☐ Mordedura de animais: ☐ Doméstico ☐ Selvagem ☐ Ofídico  
☐ OUTROS

## LOCAL DO ACIDENTE:

- ☐ Domicílio ☐ Via Pública ☐ Escola ☐ Outros

\* Sandra Maria Franca do Nascimento

CCD. 4950



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ  
HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ

AV. JOSÉ FIGUEIRA, S/N - CENTRO - VIÇOSA DO CEARÁ - CE

FONE: (88) 3632.1119

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL



CNS: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ Nº Prontuário: \_\_\_\_\_ COR: \_\_\_\_\_

Paciente: Nildo João de Araújo DN: 28/08/1953

Sexo: mas Estado Civil: Solteiro

Nome da Mãe: M<sup>re</sup> Justina de Araújo Nome do Pai: \_\_\_\_\_

Endereço: St. Inocencio Município: Viçosa do Ceará

Data / Hora do atendimento: 22/10/2015 09:39 Horas

Profissão: Agricultor Religião: \_\_\_\_\_

Documento: 2007284128-6

21.04.08

Assinatura do Paciente ou Responsável

Sinais Vitais: \_\_\_\_\_

PA 130 x 90 MM Hg FR      Inc/min FC      Bat/min Temp.      °C. Peso:     

Queixa Principal \_\_\_\_\_

HDA: \_\_\_\_\_

Exame Físico: \_\_\_\_\_

Hipótese Diagnóstica função renal e

Diagnóstico Definitivo \_\_\_\_\_

CID.:     

Dr. Victor Torres Melo  
CRM: 13.973-97  
Diretor - Unidade Técnica  
do Hospital - Portaria 104 / 2015

Assinatura e Carimbo

Hospital e Maternidade Municipal de Viçosa do Ceará - HMMVC - Prescrição Médica  
Enfermagem - Consumo de Material

[illegible]

| Evolução Médica | Consumo de Material, Gases, Oximetria, Respirador            |         |                           |
|-----------------|--------------------------------------------------------------|---------|---------------------------|
|                 | O2, Liga                                                     | h Desl. | h Oximetria: Liga h Desl. |
|                 | Ar, Liga                                                     | h Desl. | h Oximetria: Liga h Desl. |
|                 | Respirador Liga                                              | h Desl. | h Oximetria: Liga h Desl. |
|                 | <i>[Handwritten signature]</i>                               |         |                           |
|                 | <i>[Handwritten signature]</i>                               |         |                           |
|                 | Dr. Fco. Bruno Lima Araújo<br>ENFERMEIRO<br>COREN-CE 276.830 |         |                           |

## Controle de Exames Solicitados

Scanned with CamScanner

Destino:

☐ Alta    ☐ A Pedido    ☐ Decisão Médica    ☐ Transferência para: \_\_\_\_\_  
☐ Óbito    ☐ IML    ☐ Atestado de Óbito, Data e Hora de Ocorrência: \_\_\_\_\_

**Assinatura e Carimbo do Médico**

# TIPO DE TRAUMA

fls. 23

- ☐ TCE    ☐ ABDOMINAL    ☐ TORÁCICO    ☐ ORTOPÉDICO    ☐ POLITRAUMA  
☐ ESPANCAMENTO    ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL  
☐ PAI    ☐ MÃE:    ☐ OUTROS    ☐ PAI    ☐ PADASTRO    ☐ DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO DO MÉDICO: \_\_\_\_\_

CONDUTA: TC + RX

DIAGNÓSTICO: Poli Trauma

Dr. Sérgio Medeiros  
Ass. Médico - CRM

## MOTIVO DO ATENDIMENTO

- ☐ CLÍNICO    ☐ CARDIOLÓGICO    ☐ NEUROLÓGICO    ☐ OFTALMOLÓGICO  
☐ CIRÚRGICO    ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO    ☐ OTORRINO    ☐ ODONTOLÓGICO  
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO    ☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☐ CONSULTA

- ☐ COM MEDICAÇÃO  
☐ SEM MEDICAÇÃO

- ☐ ALTA COMPLEXIDADE  
☐ INTERNAÇÃO

- ☐ CLÍNICO    ☐ CIRÚRGICO

## OBSERVAÇÃO: DESTINO

- ☒ INTERNADO:    ☐ CLÍNICO    ☐ CIRÚRGICO  
☐ ALTA  
☐ TRANSFERÊNCIA    ☐ HOSPITAL DE ORIGEM    ☐ OUTROS

## ALTA DO PACIENTE

Data: 12.10.2015 Hora: 17:45

Santa Casa de M. de Sobral  
 SAME  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
 Adriele R. Montenegro  
 COORDENADORA